

Library
of Parliament



Bibliothèque
du Parlement

**PRIVATE HEALTH CARE FUNDING AND DELIVERY
UNDER THE *CANADA HEALTH ACT***

**Odette Madore
Economics Division**

**Marlisa Tiedemann
Law and Government Division**

28 December 2005

The Parliamentary Information and Research Service of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Analysts in the Service are also available for personal consultation in their respective fields of expertise.

**CE DOCUMENT EST AUSSI
PUBLIÉ EN FRANÇAIS**

TABLE OF CONTENTS

	Page
INTRODUCTION	1
CONCEPTS AND DEFINITIONS.....	1
A. Public versus Private	1
B. Funding versus Delivery	2
C. The Public-Private Mix in the Funding and Delivery of Health Care	2
THE <i>CANADA HEALTH ACT</i>	5
PRIVATELY FUNDED AND DELIVERED HEALTH SERVICES UNDER THE <i>CANADA HEALTH ACT</i>	8
RECENT COURT CHALLENGES	11
CONCLUSION.....	13
REFERENCES	14





CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

PRIVATE HEALTH CARE FUNDING AND DELIVERY UNDER THE *CANADA HEALTH ACT*

INTRODUCTION

This document examines the role of the private sector in the context of the *Canada Health Act*. It does not propose to offer a legal interpretation of the Act; rather, it summarizes the current literature on the subject. The first section defines the concepts of public and private sectors in health care and distinguishes between the funding and delivery of health services. The second section briefly reviews the conditions of the *Canada Health Act* and explains how the Act applies to the current public-private mix of funding and delivery of Canada's health care system. The third section examines how the development of private health care may adversely affect the publicly funded system. The fourth and last section summarizes two recent court challenges: one deals partly with the extent of private health care delivery under the *Canada Health Act*, while the other concerns the prohibition of private health care insurance in the province of Quebec.

CONCEPTS AND DEFINITIONS

A. Public versus Private

In clarifying what is meant by the terms "public" and "private" as they are used in the health care context, it should be noted that there are many levels within both the public and private sectors. As shown in Table 1, the public sector refers to governments and government agencies; governments may be national (or federal), provincial or municipal. The private sector is broad and encompasses the corporate for-profit sector, small business and entrepreneurial entities, and voluntary or charitable not-for-profit organizations, as well as individuals and families.

Table 1
Categories of Public and Private Sectors

Category	Level
Public	• National • Provincial/Territorial • Regional • Local
Private	• Corporate for-profit • Small business/entrepreneurial • Charity (non-profit) with paid employees or volunteers • Family/individual

Source: Raisa B. Deber *et al.*, "The Public-Private Mix in Health Care," in *Striking a Balance: Health Care Systems in Canada and Elsewhere*, Papers commissioned by the National Forum on Health, Vol. 4, Éditions MultiMondes, Sainte-Foy (Quebec), 1998, p. 433.

B. Funding versus Delivery

There is also an important distinction to be made between the funding and the delivery of health care. Funding refers to how services are paid for, while delivery consists of how services are organized, managed and provided. The funding of health care is done either indirectly through third-party insurance or directly by the individual/family through out-of-pocket spending. Insurance can cover all or part of health care expenditures; individuals and families may pay for the full cost of health care, or pay only a portion of it through premiums, co-insurance, co-payment or deductibles. The delivery of health care involves a wide variety of individual and institutional providers, including professional practitioners, clinics, hospitals and other institutions, government departments, organizations and corporations.

C. The Public-Private Mix in the Funding and Delivery of Health Care

Further complicating the issue is the fact that both the public and the private sectors are involved in both the funding and the delivery of health care. The various combinations of public- and private-sector involvement in the funding and delivery of health care in Canada are illustrated in Table 2.

Table 2
Public- and Private-Sector Involvement in Health Care

		DELIVERY		
		Public	Private Not-for-Profit	Private For-Profit
F I N A N C I N G	Public	(1) - Public health - Provincial psychiatric institutions - Home care in some provinces	(2) - Most hospitals - Addiction treatment	(3) - Primary health care physicians - Ancillary services in hospitals (laundry services, meal preparation and maintenance) - Laboratories and diagnostic services in most provinces - Some hospitals
	Private	(4) Enhanced non-medical (e.g., private room) and medical (e.g., fibreglass cast) goods and services in a publicly owned hospital	(5) Some home care and nursing homes in some provinces	(6) - Cosmetic surgery - Long-term care - Extended health care benefits such as prescription drugs, dental care and eye care in some provinces - Some MRI and CT scan clinics - Some surgery clinics

Source: Raisa B. Deber, *Delivering Health Care Services: Public, Not-For-Profit, or Private?* Discussion Paper No. 17, Commission on the Future of Health Care in Canada, August 2002, http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/17_Deber_E.pdf, pp. 2-3; Groupe de travail (Roland Arpin, President), *La Complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, September 1999, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99_653/rapport.pdf, p. 37; and Economics Division, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

Public health (box (1) in Table 2) is essentially a responsibility of the public sector: the government both funds and provides public health services (immunization, water sanitation, etc.). In contrast, cosmetic surgery (box (6)) is, for the most part, an area left entirely to the private sector: the individual and/or his/her private insurance company pays the full cost of the surgery performed by a private for-profit provider.

Box (6) in Table 2 also exemplifies the situation where health services are provided entirely outside of the publicly funded system. This is the case, for example, with private diagnostic imaging clinics that provide magnetic resonance imaging (MRI) and computed tomography (CT) scans for which patients must bear the entire cost of the services rendered to them. Other examples include free-standing private hospitals that provide surgical procedures performed by physicians who have opted out of the publicly funded system⁽¹⁾ and for which patients must pay the entire cost associated with the surgery (e.g., the Cambie Surgery Centre in Vancouver, the Maple Surgical Centre in Winnipeg, etc.).

Boxes (2) and (3) in Table 2 depict the combination of public and private involvement that is most often seen in Canada's publicly funded health care system. The (provincial) government funds a variety of health services through its provincial health care insurance plan, but the services insured under the plan are delivered mostly by a mix of private not-for-profit and private for-profit (individual or institutional) providers. For example, most family physicians in primary health care settings receive public funding, but they are private providers who are not employed by the government. In fact, physicians' offices are often categorized as small business entrepreneurs. And while most people think of hospital services as being publicly delivered because they are funded and governed publicly, and are accountable to the public, hospital services in many provinces are in fact delivered to a great extent by private not-for-profit organizations. Laboratory and diagnostic services are another example of how health services are a mix of public funding and private delivery: they are paid for by public health care insurance, but in most provinces they are delivered by private for-profit facilities. Laundry services, meal preparation and other support or ancillary services that are provided in publicly funded hospitals are often delivered by private for-profit companies.

Box (4) in Table 2 reflects the situation where a patient chooses, or requires, and is responsible for paying for – either out-of-pocket or through his/her private insurance – medical enhancements (such as a fibreglass cast rather than the regular plaster cast) or non-medical enhancements (private room, telephone, television set, etc.) in relation to a health service provided in a publicly owned hospital.⁽²⁾ Finally, box (5) refers to situations where individuals

(1) Physicians "opt out" when they choose to give up their rights to bill the public health care insurance plan and take up practice in the private sector. Every province's health care insurance legislation permits physicians to opt out.

(2) Both medical and non-medical enhancements could also be required and paid for by a patient obtaining care in a publicly funded but privately owned health care institution.

and/or their private insurance company must pay for services delivered by the private not-for-profit sector; this is the case, for example, with home care and nursing homes in some provinces.

These examples clearly demonstrate the complex mix of public-private funding and delivery in Canada's health care system. Health Canada has acknowledged this mix in funding and delivery:

Canada has a predominantly publicly financed, privately delivered health care system (...) Known to Canadians as "Medicare", the system provides access to universal, comprehensive coverage for medically necessary hospital and physician services as stated in the *Canada Health Act*.

Canada does not generally have a system of "socialized medicine", with physicians employed by the government. Rather, most physicians are private practitioners who work in independent or group practices and enjoy a high degree of autonomy. (...) Other providers (e.g. nurses, dentists, pharmacists, etc.) work in a mix of private not-for-profit, private for-profit and public delivery settings.

Most Canadian hospitals operate as private not-for-profit entities run by community boards of trustees, voluntary organizations or municipalities. However, the services within hospitals (e.g. pharmacies, food preparation, facilities maintenance, etc.) are provided by a mix of private for-profit, private not-for-profit and public sectors. Certain publicly financed extended health care services (e.g. continuing care programs) are also subject to a mix of public and private delivery mechanisms, with increasing emphasis on private for-profit delivery of public services.⁽³⁾

THE CANADA HEALTH ACT

The *Canada Health Act* sets out five criteria (commonly referred to as the "national principles") that provincial and territorial health care insurance plans must meet in order to qualify for the full federal contribution under the Canada Health Transfer (CHT). These criteria do not impose legally binding obligations on provincial and territorial governments. Compliance with the conditions of the Act is entirely voluntary – the only penalty is the

(3) Health Canada, Applied Research and Analysis Directorate, *Request for Letters of Intent (RFP 004): Private Sector Delivery in Canada's Current Health Care System: Research into the Scope and Extent*, November 2001, http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/rfloi-dli-04_e.html.

withholding of federal funds.⁽⁴⁾ The sanctions are financial and political, not legal.⁽⁵⁾ The five criteria are:

- **Public administration:** each provincial health care insurance plan must be administered on a non-profit basis by a public authority, which is accountable to the provincial government for its financial transactions.
- **Comprehensiveness:** provincial health care insurance plans must cover all "insured health services" (hospital care, physician services and medically required surgical dental procedures which can be properly carried out only in a hospital).
- **Universality:** all residents in the province must have access to public health care insurance and insured health services on uniform terms and conditions.
- **Portability:** provinces and territories must cover insured health services provided to their citizens while they are temporarily absent from their province of residence or from Canada.
- **Accessibility:** insured persons must have reasonable and uniform access to insured health services, free of financial or other barriers. This condition is emphasized by two provisions of the Act which specifically discourage financial contributions by patients, either through user charges or extra-billing, for services covered under provincial health care insurance plans.⁽⁶⁾

The criteria relate only to the funding of publicly insured health services; they do not address the public-private delivery aspect of health care. With respect to funding, the criteria of public administration and accessibility are of particular importance, as they respectively discourage private insurance and restrict direct out-of-pocket spending for publicly insured health services.

The public administration criterion supports the single public insurer model (or single payer) for insured health services. According to Health Canada, the original policy objective of this principle was to prevent provinces from using federal transfers to subsidize coverage for provincial residents by private for-profit insurers. Despite this, it has been suggested that there is some role for the private for-profit sector within the administration of the

(4) Sujit Choudhry, "Bill 11, the *Canada Health Act* and the Social Union : The Need for Institutions," *Osgoode Hall Law Journal*, Vol. 38, No. 1, Spring 2000, pp. 39-99, <http://www.yorku.ca/ohlj/archive/vol38.htm>.

(5) Montreal Economic Institute, "Health Care Reforms: Just How Far Can We Go?" *Economic Note*, April 2003, http://www.iedm.org/uploaded/pdf/santejuridique_en.pdf.

(6) R.S.C. 1985, c. C-6.

provincial health care insurance plan. For example, a province or territory may hire a private agency to handle certain clerical functions, so long as the province remains responsible for setting and approving health care benefits and payment levels for health care providers and facilities.⁽⁷⁾

Contrary to widespread public belief, it has been suggested that the public administration criterion does not prohibit private health care insurance.⁽⁸⁾ Six provinces (Alberta, British Columbia, Manitoba, Ontario, Prince Edward Island and Quebec) have, nonetheless, expressly prohibited private insurance from covering services insured under the provincial plan, in order to achieve the single public insurer model for health care. In those provinces, private health care insurance is only complementary to the public plans. Three of the four other provinces that permit private insurance coverage of provincially insured health services have economic disincentives that discourage physicians from opting out of public health care insurance plans; this, in turn, reduces the need for private insurance. In Nova Scotia, a physician who has opted out of the provincial plan is prohibited from charging fees that exceed the compensation provided by the public plan. In New Brunswick and Saskatchewan, an opted-out physician cannot be reimbursed by the provincial plan. Newfoundland and Labrador is the only province that both allows private insurance to cover services insured under its provincial health care insurance plan and does not use other means to discourage physicians from opting out of the public plan.⁽⁹⁾ As a result of provincial (not federal) legislation in most provinces, there is no parallel, private insurance sector that competes with public insurance for the funding of health services covered under the *Canada Health Act*.

The accessibility criterion is another principle of the *Canada Health Act* which, supported by the user charge and extra-billing provisions, expressly restricts private funding for publicly insured health services. In order to receive the full CHT cash contribution to which they are entitled, provinces may not require that individuals make a financial contribution in order to

-
- (7) Gigi Mandy (Director, Canada Health Act Division, Health Canada), Affidavit, Federal Court – Trial Division, Court File No. T-709-03, 2004, p. 10.
 - (8) Guy W. Giorno, *Private Health Insurance for Medically Necessary Services*, Fasken Martineau DuMoulin LLP, Toronto, 20 June 2005, [http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/\\$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement](http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement).
 - (9) For more information, see Colleen M. Flood and Tom Archibald, "The Illegality of Private Health Care in Canada," *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 164, No. 6, 20 March 2001, pp. 828-829, <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/6/825>.

obtain services covered under provincial health care insurance plans.⁽¹⁰⁾ Provinces that allow user charges and extra-billing are subject to mandatory dollar-for-dollar deductions from federal CHT transfers. Between 1994-1995 and 2003-2004, financial penalties totalling almost \$9 million were deducted from federal transfers to the provinces that permitted user charges and extra-billing.⁽¹¹⁾

While the *Canada Health Act* has explicit requirements with respect to the funding of health services, it is silent with respect to the delivery of those services. The Act neither explicitly prohibits nor permits the delivery of insured health services by the private sector. Similarly, the *Canada Health Act* neither encourages nor discourages the public delivery of publicly funded health care. There are simply no specific provisions contained in the legislation that address health care delivery. For that reason, provinces that allow health services that are funded by public health care insurance to be delivered by a mix of public and private providers, whether individual or institutional, cannot be said to be in violation of the *Canada Health Act*.

PRIVATELY FUNDED AND DELIVERED HEALTH SERVICES UNDER THE CANADA HEALTH ACT

While the private delivery of health services within the publicly funded health care system (box (3) in Table 2) may be a major cause for concern for some people, the development of a wholly private sector for health care – one that is both delivered and funded privately (box (6) in Table 2) – is perceived as a far more serious potential threat to the publicly funded system.

As stated above, the *Canada Health Act* does not prevent private, or for-profit, providers from delivering and being reimbursed for publicly insured health services, so long as private payment by patients (through user charges and extra-billing) is not involved. Perhaps more importantly, the Act does not prevent the provinces from allowing private health care

(10) It should be noted, however, that the *Canada Health Act* does not prohibit premiums under provincial health care insurance plans. These premiums are not rated by risk in any of the provinces that require them (Alberta, British Columbia and Ontario), and prior payment of a premium is not a precondition for accessing insured health services; as such, they are in accordance with the Act. See Health Canada, *Canada's Health Care System*, 1999.

(11) Health Canada, *Canada Health Act Annual Report, 2003-2004*, Ottawa, December 2004, p. 16, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/cha-lcs-ar-ra/2003-04_e.pdf.

providers, whether individual or institutional, to operate outside of the publicly funded health care system.⁽¹²⁾ This suggests that the operation of fully private clinics or facilities is not precluded anywhere in Canada.

Fully private clinics are private for-profit facilities that receive no government funding: the physicians are not reimbursed by the provincial health care insurance plan, and their patients must pay the full cost of the services rendered to them. The operation of such clinics does not result in a reduction in federal CHT transfers, and the provisions relating to extra-billing or user charges do not apply in such cases. The type of services delivered in these private clinics is wide and covers, for example, hip and knee replacement surgery, cataract surgery, and MRI diagnosis.

It has been suggested that the operation of fully private clinics in some provinces raises concerns over access to, and erosion of, the publicly funded health care system. Two dangers have been identified in this respect:

- Some private clinics offer MRI, X-ray, ultrasound and CT scanning services to those who can afford to pay. These individuals may be getting faster access to health services in two ways. First of all, they gain access to the test itself. Secondly, they can then return to the publicly funded system for treatment, should such care be required, one step ahead of patients still waiting to obtain publicly funded diagnostic tests. This situation, referred to as "queue jumping," may undermine the accessibility criterion of the *Canada Health Act* which states that access to medically necessary services should be based on need – not on means – and on uniform terms and conditions.
- If significant numbers of key service providers choose to operate solely in fully private clinic settings and not within the provincial health care insurance plans, there could be reduced access to some publicly funded services. This would disadvantage those who could not afford to purchase privately funded and delivered health care, and would be contrary to the intent of the *Canada Health Act*.⁽¹³⁾

(12) Based on legal interpretation provided in:

- Martha Jackman, "The Regulation of Private Health Care Under the *Canada Health Act* and the Canadian Charter," *Constitutional Forum*, Vol. 6, Winter 1995, pp. 54-60.
- Colleen Flood and Sujit Choudhry, *Strengthening the Foundations: Modernizing the Canada Health Act*, Discussion Paper No. 13, Commission on the Future of Health Care in Canada, August 2002, http://www.law.utoronto.ca/healthlaw/docs/romanow_report.pdf.
- Montreal Economic Institute (2003).

(13) Health Canada (2004).

Another issue is raised by private clinics' dependence on physician referrals. One study suggests that physician referrals are potentially problematic in two ways. First of all, private clinics could compensate physicians for patient referrals (a kickback), which could potentially distort clinical judgment. While compensation for referrals is unobjectionable in most markets, it is viewed differently in the health care sector as a result of the potential conflict of interest that arises when a physician puts his or her financial self-interest ahead of his or her duty to advise patients solely on the basis of health care needs. And second, physicians could refer patients to private clinics that they themselves own, raising similar concerns over financial conflicts of interest. It has been argued that self-referral and kickback practices are ethically wrong, do a disservice to the health care system and to patients and, with few exceptions, should be banned outright.⁽¹⁴⁾

Although the federal government has not yet articulated any formal position with respect to fully private clinics, it has shared its concerns with its provincial counterparts. Despite consultations with the provinces, no substantial progress has been achieved:

With respect to private payment for insured health services, Health Canada is concerned that any trend toward privatization that results in a two-tiered system, where individuals can pay for quicker access to medically necessary hospital or physician services represents a threat to the fundamental principles of the [*Canada Health Act*], and therefore to the overall health care system. Access to insured services must be based on need, not the ability to pay.

(...)

There are private MRI and CT clinics in British Columbia, Alberta, Quebec and Nova Scotia, and these provinces do not provide coverage for medically necessary MRI and CT scans performed at these private clinics. Under the *Canada Health Act*, MRI and CT services are considered to be insured health services when they are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, and are provided in a hospital or a facility providing hospital care. Health Canada originally communicated these [*Canada Health Act*] concerns to all provinces in 2000, and a multilateral examination of the issue was subsequently conducted, however the issue of charges to insured persons for MRI and CT services was not resolved. In July 2003,

(14) Sujit Choudhry, Nitesh K. Choudhry and Adalsteinn D. Brown, "Unregulated Private Markets for Health Care in Canada? Rules of Professional Misconduct, Physician Kickbacks and Physician Self-Referral," *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 170, No. 7, 30 March 2004, pp. 1115-1118, <http://www.cmaj.ca/content/vol170/issue7/index.shtml>.

former federal health minister Anne McLellan wrote to the four provincial health ministers concerned to communicate her objection to the queue jumping that results in provinces that allow private clinics to sell quicker access to medically necessary diagnostic services. Consultations with provincial officials in all four provinces except Quebec followed. Although multilateral discussions were scheduled to begin in 2004, these discussions were postponed at the request of the provinces, pending the First Ministers' discussions on sustainability of the health care system.⁽¹⁵⁾

RECENT COURT CHALLENGES

On 5 May 2003, five Canadian organizations⁽¹⁶⁾ applied to the Federal Court seeking, among other things, a declaration that the *Canada Health Act Annual Report 2001-2002* did not properly report upon the administration and operation of the *Canada Health Act*, and an order requiring the federal Minister of Health to include particular details in the next report. Of particular interest, one of the grounds put forward in support of the application was that the Minister did not meet the reporting obligations placed on her by the *Canada Health Act* by "failing to document the erosion of the public health care system through the processes of privatization, or identify the impacts of this transformation on accessibility, universality, and other criteria of the *Canada Health Act*."⁽¹⁷⁾ The Court dismissed the application on the basis that, though these are important concerns, "they are of an inherently political nature and should be addressed in a political forum rather than in the courts."⁽¹⁸⁾

The lack of information on the involvement of the private sector in Canada's health care system constitutes a serious impediment to Health Canada's reporting of provincial compliance with the *Canada Health Act*. Although the media have reported the existence of private clinics in a number of provinces, including Quebec, Ontario, Alberta and British Columbia, there is no precise or comprehensive information on the scope and extent of private

(15) Health Canada (2004), p. 11,
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/cha-lcs-ar-ra/2003-04_e.pdf.

(16) The Canadian Union of Public Employees, the Council of Canadians, the Canadian Health Coalition, the Communications Energy and Paperworkers Union of Canada, and the Canadian Federation of Nurses Union.

(17) *Canadian Union of Public Employees et al. v. Minister of Health*, Application, Court File No. T-709-03, 5 May 2003, http://www.canadians.org/documents/CHA_Application.pdf.

(18) Federal Court, Decision, T-709-03, Ottawa, 29 September 2004,
<http://decisions.fct-cf.gc.ca/fct/2004/2004fc1334.shtml>.

delivery of health care outside of the publicly funded system. The only information available suggests that there are currently 33 private MRI and CT scan clinics in Canada.⁽¹⁹⁾ In November 2001, Health Canada posted a request for letters of intent to obtain quantitative information on private health care delivery in Canada.⁽²⁰⁾ One project, proposed by Dr. Ian McKillop (Wilfrid Laurier University) was accepted for funding. The deadline for completion of the project, which was initially set for 30 September 2004, was postponed to 28 February 2005.⁽²¹⁾ Unfortunately, the project's findings do not reveal the scope and extent of private-sector delivery, due to a lack of data.⁽²²⁾ As a result, it is very difficult to properly assess the impact of private-sector involvement in the publicly funded health care system.

In June 2004, the provisions of the Quebec legislation that prohibit private insurance from covering insured health services were challenged before the Supreme Court of Canada as being contrary to both the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* and the *Quebec Charter of Human Rights and Freedoms*.⁽²³⁾ In a decision released one year after the appeal was heard, four of the Justices concluded that the provisions violated the Quebec Charter; three of the four also concluded that the provisions violated the Canadian Charter. In August 2005, Quebec was granted a one-year stay of the decision to allow it time to comply with the decision.

Because the appeal was decided on the basis of the Quebec Charter and not the Canadian Charter, the decision applies only to the Quebec legislation; similar provisions contained in other provinces' health care insurance legislation are not affected. Such provisions in other provinces may, however, be challenged in the future.

It is difficult to assess the potential implications of this Supreme Court ruling. Some have suggested that the elimination of the prohibition of private health care insurance

(19) Odette Madore, *Private Diagnostic Imaging Clinics and the Canada Health Act*, PRB 05-02E, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, Ottawa, 17 May 2005.

(20) For more information on this request for letters of intent, see Health Canada's Web site at <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/rfp/Nov15.html>.

(21) See Health Canada's Web site at http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/proj-4_e.html.

(22) Ian McKillop, *Private Sector Delivery: Scope and Extent in Canada's Health Care System*, Summary of Research Results, Health Policy Research Program, University of Waterloo, February 2005, http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/final/2005-pratique-priv-sector_e.html.

(23) See Marlisa Tiedemann, *Health Care at the Supreme Court of Canada – II: Chaoulli v. Quebec (Attorney General)*, PRB 05-31E, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, Ottawa, 5 October 2005.

could help the parallel private health care sector (box (6) in Table 2) to flourish and, as a consequence, erode the publicly funded system. In contrast, others have contended that the emergence of private insurance would attract additional funding to Canada's health care system and would reduce the pressures on, and shorten the waiting times in, the publicly funded system. For its part, Health Canada has not yet provided its views on the development of private health care insurance in the context of the *Canada Health Act*. What is clear is that, until a challenge is brought in one of the other provinces that prohibit private insurance, discussions about the implications of the decision may be expected to continue in full force.

CONCLUSION

In summary, the private sector is involved in both the funding and delivery of health care in Canada, and the *Canada Health Act* neither prohibits nor discourages either the private delivery of health services or private health care insurance. Rather, the Act is limited to discouraging private payments by patients through user charges or extra-billing for health services covered by provincial health care insurance plans.

Whether the private delivery and funding of health care in Canada pose a significant threat to the publicly funded system will undoubtedly continue to be the source of intense political debate, as there does not yet appear to be any cogent evidence in support of either position.

REFERENCES

- Choudhry, Sujit. "Bill 11, the *Canada Health Act* and the Social Union: The Need for Institutions." *Osgoode Hall Law Journal*, Vol. 38, No. 1, Spring 2000, pp. 39-99.
<http://www.yorku.ca/ohlj/archive/vol38.htm>.
- Choudhry, Sujit, Niteesh K. Choudhry, and Adalsteinn D. Brown. "Unregulated Private Markets for Health Care in Canada? Rules of Professional Misconduct, Physician Kickbacks and Physician Self-Referral." *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 170, No. 7, 30 March 2004, pp. 1115-1118.
<http://www.cmaj.ca/content/vol170/issue7/index.shtml>.
- Deber, Raisa B. *Delivering Health Care Services: Public, Not-For-Profit, or Private?* Discussion Paper No. 17, Commission on the Future of Health Care in Canada, August 2002. http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/17_Deber_E.pdf.
- Deber, Raisa B. et al. "The Public-Private Mix in Health Care." In *Striking a Balance: Health Care Systems in Canada and Elsewhere*, Papers commissioned by the National Forum on Health, Vol. 4, Éditions MultiMondes, Sainte-Foy (Quebec), 1998.
- Flood, Colleen, and Sujit Choudhry. *Strengthening the Foundations: Modernizing the Canada Health Act*. Discussion Paper No. 13, Commission on the Future of Health Care in Canada, August 2002. http://www.law.utoronto.ca/healthlaw/docs/romanow_report.pdf.
- Flood, Colleen M., and Tom Archibald. "The Illegality of Private Health Care in Canada." *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 164, No. 6, 20 March 2001, pp. 825-830.
<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/6/825>.
- Giorno, Guy W. *Private Health Insurance for Medically Necessary Services*. Fasken Martineau DuMoulin LLP, Toronto, 20 June 2005,
[http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/\\$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement](http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement).
- Groupe de travail (Roland Arpin, President). *La Complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, September 1999.
http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99_653/rapport.pdf.
- Health Canada. *Canada's Health Care System*. 1999.
- . *Canada Health Act Annual Report, 2003-2004*. Ottawa, December 2004.
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/cha-lcs-ar-ra/2003-04_e.pdf.
- . *Canadian Public Health Care Protection Initiative*. November 2005.
http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/notices-avis/prop_e.html.

Health Canada, Applied Research and Analysis Directorate. *Request for Letters of Intent (RFP 004): Private Sector Delivery in Canada's Current Health Care System: Research into the Scope and Extent*. November 2001.
http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/rfloi-dli-04_e.html.

Jackman, Martha. "The Regulation of Private Health Care Under the *Canada Health Act* and the Canadian Charter." *Constitutional Forum*, Vol. 6, Winter 1995, pp. 54-60.

McKillop, Ian. *Private Sector Delivery: Scope and Extent in Canada's Health Care System*. Summary of Research Results, Health Policy Research Program, University of Waterloo, February 2005.
http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/final/2005-pratique-priv-sector_e.html.

Madore, Odette. *Private Diagnostic Imaging Clinics and the Canada Health Act*. PRB 05-02E, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, Ottawa, 17 May 2005.

Mandy, Gigi (Director, Canada Health Act Division, Health Canada). Affidavit, Federal Court – Trial Division, Court File No. T-709-03, 2004.

Montreal Economic Institute. "Health Care Reforms: Just How Far Can We Go?" *Economic Note*, April 2003. http://www.iedm.org/uploaded/pdf/santejuridique_en.pdf.

———. "Using Private Insurance to Finance Health Care." *Economic Note*, November 2005. http://www.iedm.org/uploaded/pdf/nov05_en.pdf.

Tiedemann, Marlisa. *Health Care at the Supreme Court of Canada – II: Chaoulli v. Quebec (Attorney General)*. PRB 05-31E, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, Ottawa, 5 October 2005.

**LA PRESTATION ET LE FINANCEMENT DES SOINS
DE SANTÉ PRIVÉS SOUS LE RÉGIME DE LA
*LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ***

Odette Madore
Division de l'économie

Marlisa Tiedemann
Division du droit et du gouvernement

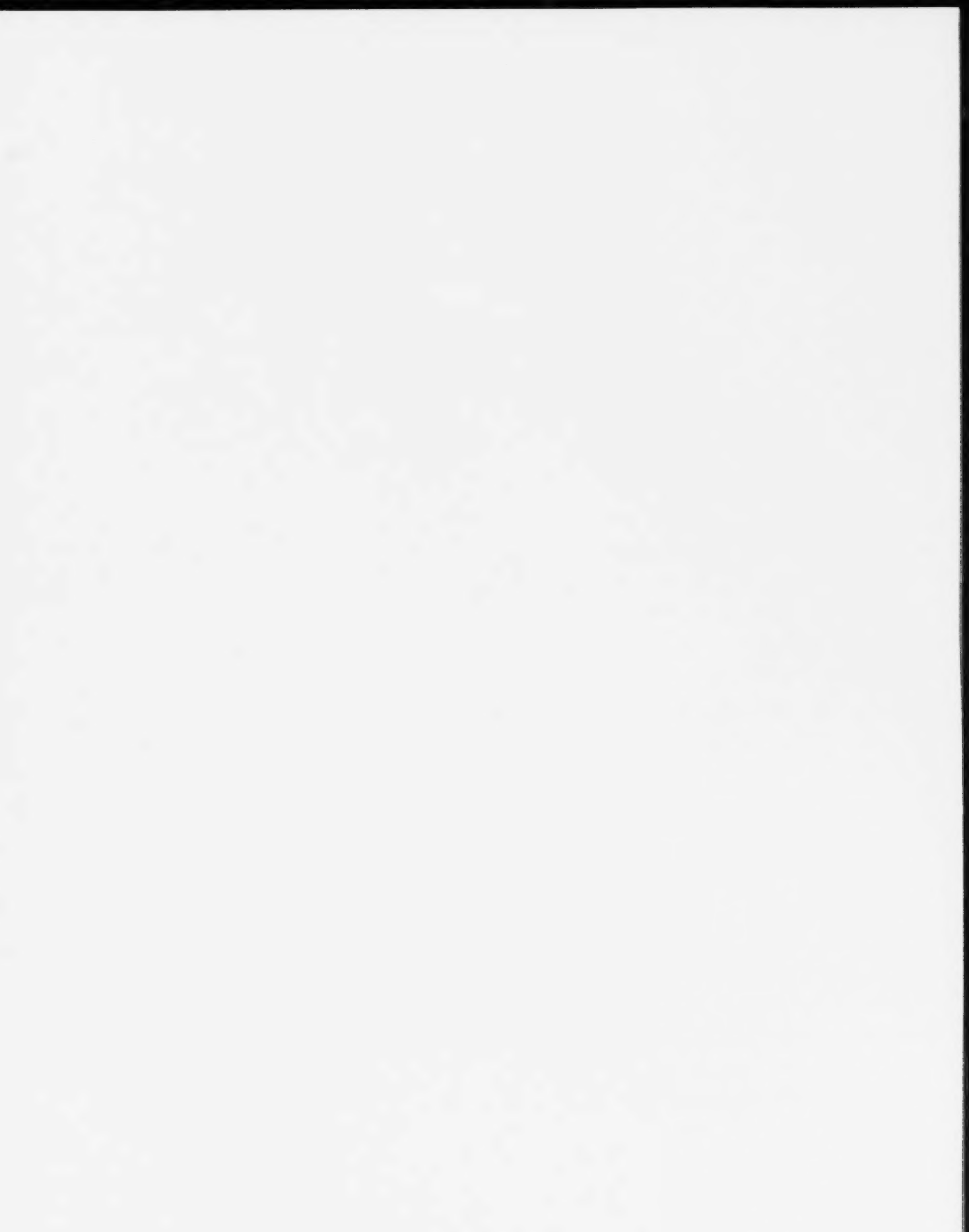
Le 28 décembre 2005

Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
NOTIONS ET DÉFINITIONS	1
A. Secteur public et secteur privé	1
B. Financement et prestation.....	2
C. Le participation des secteurs privé et public au financement et à la prestation des soins de santé	2
LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ	6
SERVICES DE SANTÉ FINANCÉS ET FOURNIS PAR LE SECTEUR PRIVÉ SOUS LE RÉGIME DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ	9
CONTESTATIONS JUDICIAIRES RÉCENTES	12
CONCLUSION	14
BIBLIOGRAPHIE	15





CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

**LA PRESTATION ET LE FINANCEMENT DES SOINS
DE SANTÉ PRIVÉS SOUS LE RÉGIME DE LA
*LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ***

INTRODUCTION

Le présent document examine le rôle du secteur privé dans le contexte de la *Loi canadienne sur la santé* (la *Loi*). Il ne propose pas une interprétation juridique de la *Loi*, mais résume plutôt la littérature récente sur le sujet. La première partie précise les notions de secteur public et de secteur privé dans le contexte des soins de santé et distingue le financement de la prestation des services de santé. La deuxième partie passe brièvement en revue les conditions énoncées dans la *Loi* et explique comment celle-ci s'applique au rôle joué actuellement par les secteurs public et privé dans la prestation et le financement des soins dans le système de santé canadien. La troisième partie évalue dans quelle mesure l'expansion des soins de santé privés pourrait porter atteinte au système public. La dernière partie résume deux contestations judiciaires récentes portant respectivement sur l'étendue de la prestation des soins de santé privés sous le régime de la *Loi* et sur l'interdiction de l'assurance-santé privée au Québec.

NOTIONS ET DÉFINITIONS

A. Secteur public et secteur privé

Afin de préciser le sens donné aux termes « public » et « privé » dans le contexte des soins de santé, il convient de signaler qu'il existe de nombreux niveaux à l'intérieur des secteurs public et privé. Comme l'indique le tableau 1, le secteur public désigne les gouvernements et les organismes gouvernementaux, le terme « gouvernement » englobant les administrations nationale (ou fédérale), provinciales et municipales. Le secteur privé est vaste : il comprend les sociétés à but lucratif, les petites entreprises et les entrepreneurs, les organisations bénévoles ou caritatives sans but lucratif, ainsi que les particuliers et les familles.

Tableau 1
Éléments des secteurs public et privé

Secteur	Niveau
Public	• National (fédéral) • Provincial ou territorial • Régional • Local
Privé	• Sociétés à but lucratif • Petites entreprises/entrepreneurs • Organisations caritatives (sans but lucratif) avec employés rémunérés ou bénévoles • Familles/particuliers

Source : Raisa B. Deber *et al.*, « Le financement des soins de santé : le partage public-privé », dans *Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre : Les systèmes de soins de santé au Canada et ailleurs*, documents commandés par le Forum national sur la santé, vol. 4, Sainte-Foy (Qc), Éditions MultiMondes, 1998, p. 433.

B. Financement et prestation

Il existe aussi une différence importante entre le financement et la prestation des soins de santé. Le financement est la façon dont les services sont payés, alors que la prestation est la façon dont les services sont organisés, administrés et fournis. Le financement des soins de santé est soit indirect, lorsqu'un régime d'assurance règle la facture, ou direct, lorsque les particuliers et les familles la paient de leur poche. Les assurances peuvent couvrir la totalité ou une partie des dépenses; les particuliers et les familles peuvent acquitter la totalité du montant des soins de santé ou seulement une partie, par le truchement des primes, de la coassurance, de la participation aux coûts ou d'une franchise. La prestation des soins de santé fait intervenir une foule de personnes et d'établissements, à savoir des praticiens, des cliniques, des hôpitaux et d'autres types d'établissements, des ministères, des organisations et des entreprises.

C. La participation des secteurs public et privé au financement et à la prestation des soins de santé

Le fait que les secteurs public et privé interviennent tous deux dans le financement et la prestation des soins de santé complique encore davantage la question. Les différentes possibilités de participation des deux secteurs au financement et à la prestation des soins de santé au Canada sont illustrées au tableau 2.

Tableau 2
Présence des secteurs public et privé dans le système de soins de santé

		PRESTATION		
		Secteur public	Secteur privé sans but lucratif	Secteur privé à but lucratif
F I N A N C E M E N T	Secteur public	(1) • Santé publique • Établissements psychiatriques provinciaux • Soins à domicile dans certaines provinces	(2) • La plupart des hôpitaux • Traitement de la toxicomanie	(3) • Médecins du secteur des soins primaires • Services auxiliaires dans les hôpitaux (services de buanderie, préparation des repas et entretien) • Laboratoires et services de diagnostic dans la plupart des provinces • Certains hôpitaux
	Secteur privé	(4) • Biens et services non médicaux (p. ex. chambre individuelle) et médicaux (p. ex. plâtre en fibre de verre) à valeur ajoutée dans un hôpital public	(5) • Certains soins à domicile et certaines maisons de repos dans certaines provinces	(6) • Chirurgie esthétique • Soins de longue durée • Prestations complémentaires de santé, p. ex. médicaments sur ordonnance, soins dentaires et soins ophtalmologiques dans certaines provinces • Certaines cliniques d'examen IRM et TDM • Certaines cliniques de chirurgie

Source : Raisa B. Deber, *La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privée?*, étude n° 17, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, août 2002 (http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/17_Deber_F.pdf), p. 3 et 4; Groupe de travail (Roland Arpin, président), *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, septembre 1999 (http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99_653/rapport.pdf), p. 37; Division de l'économie, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

La santé publique (case (1) du tableau 2) relève principalement du secteur public : le gouvernement finance les services de santé publique (immunisation, assainissement de l'eau, etc.) et en assure la prestation. La chirurgie esthétique (case (6)), par contre, est laissée presque entièrement au secteur privé : la totalité de la facture des fournisseurs privés à but lucratif est acquittée par le client, ou sa compagnie d'assurances, ou les deux.

La case (6) présente aussi la situation où certains services de santé sont fournis entièrement en marge du système public. C'est le cas, par exemple, des cliniques d'imagerie diagnostique privées qui offrent des examens par imagerie par résonance magnétique (IRM) et par tomodensitométrie (TDM), dont les frais sont entièrement à la charge du patient. Une situation comparable est celle des hôpitaux privés indépendants où des interventions chirurgicales sont pratiquées par des médecins qui ont choisi le désengagement ou retrait du système public⁽¹⁾ et dont les patients assument la totalité des coûts (p. ex. le Cambie Surgery Centre de Vancouver et le Maple Surgical Centre de Winnipeg).

Les cases (2) et (3) du tableau 2 illustrent l'association de services publics et privés qui a le plus souvent cours dans le système de soins de santé canadien financé sur les fonds publics. Le gouvernement provincial finance divers services de santé par l'entremise de son régime d'assurance-santé, mais les services assurés par le régime sont pour la plupart fournis par un éventail de fournisseurs privés sans but lucratif et de fournisseurs privés à but lucratif (fournisseurs individuels ou établissements). À titre d'exemple, la plupart des médecins de famille dans les établissements de soins primaires reçoivent des fonds publics, mais ce sont des fournisseurs privés qui ne sont pas employés par le gouvernement. Les cabinets de médecin sont en effet souvent classés dans la catégorie des petites entreprises. Beaucoup de gens croient que les services hospitaliers sont des services publics parce qu'ils sont administrés et financés par le gouvernement et qu'ils sont assujettis à une obligation de transparence à l'égard de la population. Toutefois, dans plusieurs provinces, ils sont assurés dans une large mesure par des organisations privées sans but lucratif. Les services de laboratoire et de diagnostic offrent un autre exemple de financement public et de prestation privée : ils sont payés par le régime public d'assurance-santé, mais dans la plupart des provinces, ils sont fournis par des établissements privés à but lucratif. Dans bien des cas, ce sont des entreprises privées à but lucratif qui assurent les services de buanderie et de préparation des repas et les autres services de soutien ou services auxiliaires dans les hôpitaux financés par l'État.

La case (4) du tableau 2 illustre la situation où un patient demande, dans un hôpital public, un service médical à valeur ajoutée (p. ex. un plâtre en fibre de verre plutôt qu'un plâtre ordinaire) ou un service non médical supplémentaire (p. ex. une chambre individuelle, un

(1) Un médecin est désengagé lorsqu'il décide de renoncer à son droit de facturer le régime public d'assurance-santé et s'établit dans le secteur privé. Tous les régimes provinciaux d'assurance-santé permettent aux médecins de se désengager.

téléphone ou un téléviseur), ou a besoin d'un tel service, dont lui-même ou sa compagnie d'assurances assume les frais⁽²⁾. Enfin, la case (5) présente la situation où un particulier ou sa compagnie d'assurances doit payer les services fournis par le secteur privé sans but lucratif, par exemple les soins à domicile et les foyers de soins infirmiers dans certaines provinces.

Ces exemples montrent bien la complexité des divers agencements de financement et de prestation par les secteurs public et privé dans le système de santé canadien. Santé Canada a d'ailleurs confirmé ces agencements :

Le Canada dispose d'un système de soins de santé principalement subventionné par l'État et dont la prestation des services est assurée par des organismes privés [...] Connus par les Canadiennes et les Canadiens comme « l'assurance-maladie », ce système offre un accès universel à des services hospitaliers et médicaux complets qui sont nécessaires sur le plan médical, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

Le Canada ne dispose pas généralement d'un système de « médecine socialisée », dans lequel les médecins sont à l'emploi du gouvernement. La plupart des médecins sont plutôt des praticiens privés qui travaillent en pratique indépendante ou en groupe et qui bénéficient d'un degré élevé d'autonomie [...] Les autres fournisseurs, tels que les infirmières et infirmiers, les dentistes et les pharmaciens travaillent dans divers milieux privés sans but lucratif et à but lucratif et publics.

La plupart des hôpitaux canadiens fonctionnent comme des entités privées sans but lucratif et sont dirigés par des conseils d'administration communautaires composés d'administrateurs, par des organisations bénévoles ou par des municipalités. Toutefois, les services dispensés au sein de l'hôpital, p. ex., les services de pharmacie, de préparation des aliments et d'entretien des installations, le sont par un éventail d'organismes privés sans but lucratif et à but lucratif, et publics. Certains services de soins prolongés subventionnés par l'État, tels que les programmes de soins continus, sont aussi soumis à divers mécanismes de prestation publics et privés sans but lucratif et à but lucratif, et une place grandissante est accordée à la prestation des services publics par des organisations privées à but lucratif.⁽³⁾

(2) Des services médicaux et non médicaux à valeur ajoutée peuvent aussi être demandés et payés par un patient qui reçoit des soins dans un établissement privé mais financé par les fonds publics.

(3) Santé Canada, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, *Demande de lettres d'intention (DLI 004) pour de la recherche primaire – Prestation de services par le secteur privé dans le système de soins de santé canadien actuel : recherche sur la portée et l'étendue*, novembre 2001 (http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/rfloi-dli-04_f.html).

LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La *Loi canadienne sur la santé* énonce cinq conditions d'octroi (couramment appelées « principes nationaux ») que les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires doivent respecter pour avoir droit à la pleine contribution fédérale totale prévue sous le régime du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Ces conditions n'imposent cependant pas d'obligations juridiquement contraignantes aux gouvernements des provinces et des territoires. Le respect des exigences de *Loi* est entièrement facultatif – la seule pénalité est le non-versement de fonds fédéraux⁽⁴⁾. Les sanctions sont d'ordre financier et politique et non juridique⁽⁵⁾. Les cinq conditions sont les suivantes :

- *Gestion publique* : Chaque régime provincial d'assurance-santé doit être géré par une autorité publique à but non lucratif qui doit rendre compte de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.
- *Intégralité* : Le régime d'assurance-santé d'une province doit couvrir tous les « services médicalement nécessaires » (soins hospitaliers, services médicaux et interventions de chirurgie dentaire nécessaires qui ne peuvent être pratiquées que dans un hôpital).
- *Universalité* : Tous les résidents de la province doivent avoir accès à l'assurance-santé publique et aux services assurés, et ce, selon des modalités uniformes.
- *Transférabilité* : Les provinces et les territoires sont tenus de couvrir les services de santé assurés qui sont fournis à ses citoyens lorsque ceux-ci s'absentent temporairement de leur province de résidence ou du Canada.
- *Accessibilité* : Les personnes assurées doivent avoir un accès raisonnable et uniforme aux services de santé assurés et ne doivent se heurter à aucun obstacle financier ou autre. Cette condition s'appuie sur deux dispositions de la *Loi* qui visent expressément à décourager les provinces d'exiger une contribution financière de la part des patients, soit au moyen de frais modérateurs ou de la surfacturation, pour des services de santé garantis par le régime provincial d'assurance-santé⁽⁶⁾.

(4) Sujit Choudhry, « Bill 11, the *Canada Health Act* and the Social Union: The Need for Institutions », *Osgoode Hall Law Journal*, vol. 38, n° 1, printemps 2000, p. 39 à 99 (<http://www.yorku.ca/ohlj/archive/vol38.htm>).

(5) Institut économique de Montréal, « Réformes de la santé : jusqu'où peut-on étirer l'élastique? », *Note économique*, avril 2003 (<http://www.iedm.org/uploaded/pdf/santejuridique.pdf>).

(6) L.R.C. 1985, ch. C-6.

Les conditions portent uniquement sur le financement des services de santé assurés par les gouvernements; elles ne s'appliquent pas à la contribution des secteurs public et privé à la prestation des soins de santé. Pour ce qui est du financement, les conditions de la gestion publique et de l'accessibilité sont particulièrement importantes, car, respectivement, elles découragent l'assurance privée et limitent les dépenses directes des particuliers consacrées aux services de santé assurés par les gouvernements.

La condition relative à la gestion publique favorise le modèle axé sur un assureur public unique. Selon Santé Canada, l'objectif stratégique initial de cette condition était d'empêcher les provinces d'utiliser les transferts fédéraux pour subventionner la couverture des résidents de la province par des assureurs privés à but lucratif. Certains sont néanmoins d'avis que le secteur privé à but lucratif peut jouer un rôle dans l'administration du régime d'assurance-santé provincial. Une province peut, par exemple, faire appel à un organisme privé pour faire du travail de bureau, à condition qu'il continue d'incomber à la province d'établir et d'approuver les montants des prestations pour soins de santé et les montants à verser aux fournisseurs de soins et aux établissements de santé⁽⁷⁾.

Contrairement à ce que pensent la plupart des gens, certains croient que la condition relative à la gestion publique n'interdit pas les assurances-santé privées⁽⁸⁾. Six provinces (l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Ontario et le Québec) ont toutefois interdit expressément aux assureurs privés de couvrir les services assurés par le régime provincial afin de bien établir le modèle axé sur un assureur public unique. Dans ces provinces, l'assurance-santé privée vient seulement compléter le régime public. Trois des quatre provinces qui autorisent les assureurs privés à couvrir des services de santé garantis par la province ont mis en place des obstacles financiers pour décourager les médecins de se retirer du régime public, ce qui réduit le besoin d'assurance privée. En Nouvelle-Écosse, un médecin qui s'est retiré du régime provincial n'a pas le droit de demander des honoraires plus élevés que la rémunération prévue par le régime public. Au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan, un médecin désengagé ne peut être remboursé par le régime provincial. Terre-

(7) Gigi Mandy (directeur, Division de la Loi canadienne sur la santé, Santé Canada), Affidavit, Cour fédérale – Section de première instance, dossier de la Cour n° T-709-03, 2004, p. 10.

(8) Guy W. Giorno, *Private Health Insurance for Medically Necessary Services*, Toronto, Fasken Martineau DuMoulin LLP, 20 juin 2005 ([http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/\\$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement](http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement)).

Neuve-et-Labrador est la seule province où les assurances privées peuvent couvrir des services assurés en vertu du régime provincial et où on n'a pas pris de mesures pour décourager les médecins de se retirer du régime public⁽⁹⁾. En raison des lois provinciales – et non fédérales – en vigueur dans la plupart des provinces, aucun service d'assurance privée parallèle ne rivalise avec l'assurance publique pour le financement des services de santé assurés en vertu de la *Loi*.

La condition relative à l'accessibilité est un autre principe de la *Loi* qui, au moyen des dispositions sur les frais modérateurs et la surfacturation, limite expressément le financement privé des services publics d'assurance-santé. Pour recevoir le montant total de la contribution pécuniaire auquel elle a droit au titre du TCS, une province ne peut exiger que les particuliers versent une contribution financière pour obtenir les services assurés par le régime d'assurance-santé provincial⁽¹⁰⁾. Les provinces qui permettent la surfacturation ou l'application de frais modérateurs se voient imposer une retenue obligatoire, d'un montant égal à celui de la surfacturation ou des frais modérateurs, sur les paiements de transferts fédéraux versés au titre du TCS. Entre 1994-1995 et 2003-2004, près de neuf millions de dollars ont été retenus sur les transferts fédéraux versés aux provinces qui avaient permis l'application de frais modérateurs et la surfacturation⁽¹¹⁾.

La *Loi* énonce des exigences précises concernant le financement des services de santé, mais ne prévoit rien concernant leur prestation. La *Loi* n'interdit ni n'autorise expressément la prestation par le secteur privé de services de santé assurés. De même, la *Loi* n'encourage ni ne décourage la prestation par le secteur public de soins de santé financés par le gouvernement. Elle ne comporte en fait aucune disposition précise sur la prestation des soins de santé. Par conséquent, on ne peut dire que les provinces violent la *Loi* lorsqu'elles autorisent des fournisseurs publics aussi bien que privés, qu'il s'agisse de particuliers ou d'établissements, à fournir des services de santé financés par le régime public d'assurance-santé.

(9) Pour de plus amples informations, voir Colleen M. Flood et Tom Archibald, « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 6, 20 mars 2001, p. 828 et 829 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/6/825>).

(10) Il convient toutefois de noter que la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas la perception de primes d'assurance-santé. Dans les provinces qui perçoivent des primes (l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario), le montant des primes n'est pas fixé en fonction du risque, et le traitement n'est pas conditionnel au versement préalable d'une prime, en conformité avec la *Loi*. Voir Santé Canada, *Canada's Health Care System*, 1999.

(11) Santé Canada, *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé, 2003-2004*, Ottawa, décembre 2004, p. 19 (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/cha-lcs-ar-ra/2003-04_f.pdf).

**SERVICES DE SANTÉ FINANCÉS ET FOURNIS
PAR LE SECTEUR PRIVÉ SOUS LE RÉGIME
DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ**

La prestation par le secteur privé de services de santé à l'intérieur du système public (case (3) du tableau 2) inquiète certes sérieusement certaines personnes, mais le développement d'un secteur entièrement privé des soins de santé – des services de santé fournis et financés entièrement par le secteur privé (case (6) du tableau 2) – est vu comme une menace beaucoup plus sérieuse pour le système financé par le gouvernement.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, la *Loi* n'interdit pas aux fournisseurs privés ou à but lucratif de fournir des services de santé assurés par le gouvernement et de demander un remboursement, pourvu qu'il n'y ait ni surfacturation ni frais imposés aux utilisateurs. Ce qui est plus important encore, c'est que la *Loi* n'empêche pas les provinces d'autoriser des fournisseurs privés de soins de santé, qu'il s'agisse de particuliers ou d'établissements, à fonctionner à l'extérieur du système public de soins de santé⁽¹²⁾. Cela donne à penser qu'il n'est interdit dans aucune partie du Canada d'exploiter des cliniques ou des établissements entièrement privés.

Une clinique entièrement privée est une entreprise à but lucratif qui ne reçoit aucune subvention du gouvernement : les médecins ne sont pas remboursés par le régime provincial d'assurance-santé et leurs patients doivent acquitter la totalité du montant des services qui leur sont fournis. L'exploitation de telles cliniques ne se traduit pas par une réduction des transferts fédéraux au titre du TCS, et les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs ne s'appliquent pas à ces établissements. L'éventail de services offerts par ces cliniques privées est large et comprend par exemple le remplacement du genou ou de la hanche, le traitement chirurgical de la cataracte et le diagnostic par IRM.

(12) D'après des interprétations juridiques présentées dans les ouvrages suivants :

- Martha Jackman, « The Regulation of Private Health Care Under the *Canada Health Act* and the Canadian Charter », *Constitutional Forum*, vol. 6, hiver 1995, p. 54 à 60.
- Colleen Flood et Sujit Choudhry, *Consolider les fondements : La modernisation de la Loi canadienne sur la santé*, document de discussion n° 13, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, août 2002 (http://www.law.utoronto.ca/healthlaw/docs/romanow_report.pdf).
- Institut économique de Montréal (2003).

Certains redoutent que l'exploitation de telles cliniques dans certaines provinces compromette l'accès au système de soins de santé financé par le gouvernement ainsi que son fonctionnement. On signale deux dangers à cet égard :

- Certaines cliniques privées offrent des services d'IRM, de radiographie, d'échographie et de TDM à ceux qui peuvent les payer. Ces personnes peuvent avoir accès plus rapidement aux services de santé, et ce, de deux façons. Premièrement, elles ont accès au test lui-même. Deuxièmement, elles peuvent ensuite, s'il y a lieu, retourner se faire soigner dans le système public, avec un pas d'avance sur ceux qui attendent encore des tests diagnostics financés par le système public. Cette situation – le « resquillage » – risque de porter atteinte au principe d'accessibilité de la *Loi* suivant lequel l'accès aux services médicalement nécessaires repose sur le besoin – non sur les moyens – et sur des modalités uniformes.
- Si un nombre assez important de fournisseurs de services clés optaient pour une pratique entièrement privée, plutôt que de demeurer à l'intérieur des régimes provinciaux d'assurance-santé, cela pourrait avoir pour effet de réduire l'accès à certains services du système public. Une telle situation désavantagerait ceux qui n'ont pas les moyens de payer des soins médicaux privés et serait contraire à l'esprit de la *Loi*⁽¹³⁾.

Certains sont également préoccupés de ce que les cliniques privées dépendent du fait que les médecins leur adressent des patients. Une étude indique que les renvois par des médecins peuvent poser problème de deux manières. Premièrement, des cliniques privées pourraient verser des commissions aux médecins qui leur adressent des patients, ce qui pourrait influencer sur le jugement clinique. Dans la plupart des secteurs, on considère acceptable la rétribution des renvois, mais ce n'est pas le cas dans le secteur des soins de santé en raison du conflit d'intérêts qui pourrait se présenter lorsqu'un médecin fait passer ses intérêts financiers avant son devoir de conseiller les patients uniquement en fonction de leurs besoins en matière de soins de santé. Deuxièmement, un médecin pourrait adresser un patient à une clinique privée dont il est le propriétaire, ce qui soulèverait des préoccupations semblables concernant les conflits d'intérêts financiers. Certains ont soutenu que l'accès sans renvoi et le versement de commissions sont des pratiques inadmissibles sur le plan éthique, que ces pratiques nuisent au système de soins de santé et aux patients et que, sauf dans de rares cas, elles devraient être absolument interdites⁽¹⁴⁾.

(13) Santé Canada (2004).

(14) Sujit Choudhry, Niteesh K. Choudhry et Adalsteinn D. Brown, « Unregulated Private Markets for Health Care in Canada? Rules of Professional Misconduct, Physician Kickbacks and Physician Self-Referral », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 7, 30 mars 2004, p. 1115 à 1118 (<http://www.cmaj.ca/content/vol170/issue7/index.shtml>).

Le gouvernement fédéral n'a pas encore formulé de position officielle à l'égard des cliniques entièrement privées, mais a fait part de ses préoccupations aux gouvernements des provinces. En dépit des consultations menées auprès des provinces, aucun progrès sensible n'a été accompli :

En ce qui concerne le paiement par des particuliers pour des services de santé assurés, Santé Canada se préoccupe de toute tendance vers la privatisation qui résulterait en un système de santé à deux vitesses dans le cadre duquel des personnes pourraient payer pour avoir un accès plus rapide à des services médicalement nécessaires auprès d'un hôpital ou d'un médecin. Ce genre de système représente une menace envers les principes fondamentaux de la LCS et, par conséquent, de l'ensemble du système de soins de santé. L'accès aux soins de santé assurés doit être basé sur le besoin et non sur la capacité financière.

[...]

Il existe des cliniques privées pour l'IRM et les tomodensitogrammes en Colombie-Britannique, en Alberta, au Québec et en Nouvelle-Écosse; ces provinces n'assurent pas la couverture des examens en IRM et des tomodensitogrammes médicalement nécessaires qui sont réalisés dans ces cliniques privées. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, on considère que les services d'IRM et de tomodensitogrammes sont des services de santé assurés quand ils sont médicalement nécessaires en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie ou de diagnostiquer ou de traiter une blessure, une maladie ou une incapacité et qu'ils sont fournis dans un hôpital ou dans un établissement offrant des soins hospitaliers. Au départ, Santé Canada a fait part de ses préoccupations associées à la LCS à l'ensemble des provinces en 2000; un examen multilatéral de la question a été réalisé par la suite. Toutefois, la question des frais imposés aux personnes assurées pour des services d'IRM et de tomodensitogrammes n'a pas été réglée. En juillet 2003, Anne McLellan, ancienne ministre fédérale de la Santé, a écrit aux quatre ministres de la Santé provinciaux intéressés pour faire part de son objection au resquillage qui survient dans les provinces qui permettent aux cliniques privées de vendre un accès plus rapide à des services de diagnostic médicalement nécessaires. Des consultations avec des fonctionnaires provinciaux dans les provinces visées, sauf le Québec, ont eu lieu par la suite. Même si des discussions multilatérales devaient s'amorcer en 2004 selon ce qui était prévu, ces discussions ont été reportées à la demande des provinces en attendant les discussions des premiers ministres sur la viabilité du système de soins de santé.⁽¹⁵⁾

(15) Santé Canada (2004), p. 13 et 14.

CONTESTATIONS JUDICIAIRES RÉCENTES

Le 5 mai 2003, cinq organisations canadiennes⁽¹⁶⁾ se sont adressées à la Cour fédérale afin, entre autres, de faire reconnaître que le *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé 2001-2002* ne présentait pas un compte rendu exact de l'administration et de l'application de la *Loi*, et d'obtenir une ordonnance obligeant le ministre fédéral de la Santé à fournir certaines précisions dans le prochain rapport. Il convient de souligner que l'une des raisons invoquées pour étayer la demande est que la Ministre n'avait pas rempli les obligations en matière de présentation de rapports prévues dans la *Loi* faute d'avoir documenté l'érosion du système public de soins de santé provoquée par la privatisation, ou fait état des répercussions de ce changement sur l'accessibilité, l'universalité et sur d'autres conditions énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*⁽¹⁷⁾. La Cour a rejeté la requête et indiqué que si les questions soulevées sont importantes, « elles sont intrinsèquement de nature politique, et c'est devant un forum politique et non devant les tribunaux qu'elles doivent être examinées »⁽¹⁸⁾.

En raison du manque d'information sur la présence du secteur privé dans le système de soins de santé canadien, il est difficile pour Santé Canada de rendre compte dans ses rapports de l'observation de la *Loi* par les provinces. Les médias ont signalé l'existence de cliniques privées dans quelques provinces, dont le Québec, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, mais on ne dispose pas de renseignements précis ou complets sur l'ampleur de la prestation de services de santé par le secteur privé en marge du système public. D'après les informations disponibles, il existe actuellement 33 cliniques privées d'examen IRM et de TDM au Canada⁽¹⁹⁾. En novembre 2001, Santé Canada a présenté une demande de lettres d'intention afin d'obtenir des renseignements quantitatifs sur la prestation de services de santé par le secteur

(16) Le Syndicat canadien de la fonction publique, le Conseil des Canadiens, la Coalition canadienne de la santé, le Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers.

(17) *Syndicat canadien de la fonction publique et al. c. Ministre de la Santé*, requête, dossier de la Cour n° T-709-03, 5 mai 2003 (http://www.canadians.org/documents/CHA_Application.pdf).

(18) Cour fédérale, décision, T-709-03, Ottawa, 29 septembre 2004 (<http://decisions.fct-cf.gc.ca/cf/2004/2004cf1334.shtml>).

(19) Odette Madore, *Cliniques privées d'imagerie diagnostique et Loi canadienne sur la santé*, PRB 05-02F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 17 mai 2005.

privé au Canada⁽²⁰⁾. La demande de financement d'un projet proposé par le docteur Ian McKillop (Université Wilfrid Laurier) a été agréée. La date d'achèvement du projet, qui avait d'abord été fixée au 30 septembre 2004, a été repoussée au 28 février 2005⁽²¹⁾. Toutefois, les observations faites dans le cadre du projet ne révèlent pas l'ampleur des services fournis par le secteur privé en raison du manque de renseignements sur le sujet⁽²²⁾. Il est donc très difficile de bien évaluer les effets de la présence du secteur privé dans le système de soins de santé financé par les gouvernements.

En juin 2004, les dispositions de la loi québécoise qui interdisent aux assureurs privés de couvrir les services de santé assurés ont été contestées devant la Cour suprême du Canada en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* et de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec⁽²³⁾. Dans un arrêt rendu un an après l'audition de l'appel, quatre juges ont conclu que les dispositions contrevenaient à la *Charte* québécoise. Trois des quatre juges ont en outre conclu qu'elles violaient la *Charte* canadienne. En août 2005, le Québec a obtenu un sursis d'un an, qui lui donne le temps nécessaire pour se conformer à l'arrêt.

L'arrêt s'applique uniquement à la législation québécoise, car il était fondé sur la *Charte* du Québec et non sur la *Charte* canadienne. Il n'a pas d'effet sur les dispositions semblables des lois des autres provinces régissant l'assurance-santé. Ces dispositions pourraient toutefois être contestées ultérieurement.

Il est difficile d'évaluer les conséquences éventuelles de l'arrêt de la Cour suprême. Certains croient que la levée de l'interdiction à l'égard des régimes privés d'assurance-maladie pourrait contribuer à l'expansion du système privé parallèle de soins de santé (case (6) du tableau 2) et, en conséquence, favoriser l'érosion du système public. D'autres ont par ailleurs soutenu qu'une percée de l'assurance privée amènerait des fonds supplémentaires dans le système de soins de santé canadien et contribuerait à réduire les délais d'attente et à désengorger

(20) Pour de plus amples informations sur la demande de lettres d'intention, voir le site Web de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/rfp/Nov15.html>).

(21) Voir le site Web de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/proj-4_f.html).

(22) Ian McKillop, *Portée et étendue de la pratique médicale privée dans l'actuel système de soins de santé canadien*, résumé des résultats de recherche, Health Policy Research Program, University of Waterloo, février 2005 (http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/final/2005-pratique-priv-sector_f.html).

(23) Voir Marlisa Tiedemann, *Les soins de santé et la Cour suprême du Canada II : L'Affaire Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, PRB 05-31F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 5 octobre 2005.

le système public. Santé Canada n'a pas encore donné son avis sur l'expansion des assurances-santé privées dans le contexte de la *Loi*. Il est cependant clair que jusqu'à ce qu'une poursuite soit entamée dans l'une des provinces qui interdit l'assurance privée, on peut s'attendre à ce que le très vif débat sur les conséquences de l'arrêt se poursuive.

CONCLUSION

En résumé, le secteur privé est présent dans la prestation et le financement des soins de santé au Canada, et la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit ni ne décourage ni la prestation de services de soins de santé par le secteur privé ni les assurances-santé privées. La *Loi* se limite à décourager les déboursés personnels de patients sous forme de frais modérateurs ou de surfacturation des services de santé couverts par les régimes provinciaux d'assurance-santé.

La question de savoir si le financement et la prestation de services de santé par le secteur privé au Canada compromettent de façon importante le système financé par le gouvernement continuera sans aucun doute d'alimenter de vifs débats politiques, car il ne semble pas encore y avoir de preuves convaincantes pour appuyer l'un ou l'autre des deux points de vue.

BIBLIOGRAPHIE

Choudhry, Sujit. « Bill 11, the *Canada Health Act* and the Social Union: The Need for Institutions », *Osgoode Hall Law Journal*, vol. 38, n° 1, printemps 2000, p. 39 à 99 (<http://www.yorku.ca/ohlj/archive/vol38.htm>).

Choudhry, Sujit, Niteesh K. Choudhry, et Adalsteinn D. Brown. « Unregulated Private Markets for Health Care in Canada? Rules of Professional Misconduct, Physician Kickbacks and Physician Self-Referral », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 7, 30 mars 2004, p. 1115 à 1118 (<http://www.cmaj.ca/content/vol170/issue7/index.shtml>).

Deber, Raisa B. *La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privée?*, étude n° 17, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, août 2002 (http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow//17_Deber_F.pdf).

Deber, Raisa B. *et al.* « Le financement des soins de santé : le partage public-privé ». Dans *Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre : Les systèmes de soins de santé au Canada et ailleurs*, Documents commandés par le Forum national sur la santé, vol. 4, Sainte-Foy (Qc), Éditions MultiMondes, 1998.

Flood, Colleen et Sujit Choudhry. *Strengthening the Foundations: Modernizing the Canada Health Act*, document de discussion n° 13, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, août 2002 (http://www.law.utoronto.ca/healthlaw/docs/romanow_report.pdf).

Flood, Colleen M. et Tom Archibald. « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 6, 20 mars 2001, p. 825 à 830 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/6/825>).

Giorno, Guy W. *Private Health Insurance for Medically Necessary Services*, Toronto, Fasken Martineau DuMoulin LLP, 20 juin 2005 ([http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/\\$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement](http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement)).

Groupe de travail (Roland Arpin, président). *La Complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1999 (http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99_653/rapport.pdf).

Institut économique de Montréal.

- « Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée », *Note économique*, novembre 2005 (http://www.iedm.org/uploaded/pdf/nov05_fr.pdf).
- « Réformes de la santé : jusqu'où peut-on étirer l'élastique? », *Note économique*, avril 2003 (http://www.iedm.org/uploaded/pdf/santejuridique_fr.pdf).

Jackman, Martha. « The Regulation of Private Health Care Under the *Canada Health Act* and the Canadian Charter », *Constitutional Forum*, vol. 6, hiver 1995, p. 54 à 60.

McKillop, Ian. *Portée et étendue de la pratique médicale privée dans l'actuel système de soins de santé canadien*, Résumé de résultats de recherche, Health Policy Research Program, Université de Waterloo, février 2005
(http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/final/2005-pratique-priv-sector_f.html).

Madore, Odette. *Cliniques privées d'imagerie diagnostique et Loi canadienne sur la santé*, PRB 05-02F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 17 mai 2005.

Mandy, Gigi (directrice, Division de la Loi canadienne sur la santé, Santé Canada). Affidavit, Cour fédérale – Section de première instance, dossier de la Cour n° T-709-03, 2004.

Santé Canada.

- *L'Initiative du gouvernement sur la protection des soins de santé publics*, novembre 2005 (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/notices-avis/prop_f.html).
- *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé 2003-2004*, Ottawa, décembre 2004 (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/cha-lcs-ar-ra/2003-04_f.pdf).
- *Système canadien de soins de santé*, 1999.

Santé Canada, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse. *Demande de lettres d'intention (RDLI 004) Pour de la recherche primaire – Prestation de services par le secteur privé dans le système de soins de santé canadien actuel : Recherche sur la portée et l'étendue*, novembre 2001
(http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/rfloi-dli-04_f.html).

Tiedemann, Marlisa. *Les soins de santé et la Cour suprême du Canada – II : Chaoulli c. Quebec (Procureur général)*, PRB 05-31F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 5 octobre 2005.



